

Imię (imiona) i nazwisko dziecka

Imiona i nazwiska rodziców

.....

Adres zamieszkania

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka oraz podawania leków przez opiekunów i pielęgniarkę w czasie trwania zimowiska organizowanego przez Polski Instytut Rozwoju w Białym Dunajcu w dniach 2 - 9 lutego 2018 roku.

..... stycznia 2018 r.
(data)

.....
(podpis rodziców)